Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

Canada

Programme de médecine physique et de réadaptation

Guide

89-03036/

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ SUR
LES GUIDES RELATIFS AUX PROGRAMMES
INSTITUTIONNELS

DIRECTIVES POUR L'ÉTABLISSEMENT DE NORMES RÉGISSANT LES UNITÉS/SERVICES/PROGRAMMES DANS LES INSTITUTIONS

PROGRAMME DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION

Direction des services de santé
Direction générale des services et
de la promotion de la santé

Publication autorisée par le Ministre de la Santé
nationale et du Bien-être social
1986

Also available in English under the title
"Rehabilitation Medicine Program"

IMPORTANT

Les renseignements contenus dans ce guide étaient d'actualité au moment de leur publication. Il faut donc garder à l'esprit, lorsqu'on le consulte, que certains aspects des techniques utilisées en médecine changent rapidement. Si vous trouvez certaines données périmées dans ce texte, veuillez en informer :

Le secrétariat
Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes institutionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

On peut obtenir d'autres exemplaires de ce guide, en anglais ou en français, à l'adresse ci-dessus.

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1986
N° de cat. H39-18/1986F
ISBN 0-662-94043-1

TABLE DES MATIÈRES

		Page
INTRODUCTION		v
LISTE DES PARTICIPANTS		ix
PREAMBULE		1
NORMES		5
1.	Nombre de malades	5
2.	Lits requis	5
3.	Répartition conseillée des unités de médecine physique et de réadaptation	5
4.	Politiques, procédures et contrôle administratifs	6
5.	Constitution des effectifs et couverture des services	7
6.	Formation du personnel et qualifications requises	8
7.	Autres ressources, départements et services	9
8.	Répartition et utilisation de l'espace, caractéristiques spéciales du plan d'aménagement	10
9.	Appareillage	12
10.	Relations avec les autres services et départements	12

TABLE DES MATIÈRES (Suite)

		PAGE
ANNEXES		
ANNEXE A	Organisation, politiques et procédures administratives	13
ANNEXE B	Liste des guides régissant les unités/services/programmes dans les hôpitaux	18

INTRODUCTION

Historique

Les progrès de la technologie de la santé et les changements apportés à la planification et à la prestation des soins de santé ont contribué à l'accroissement de la demande de services et d'installations spécialisés dans les établissements. Au cours des dernières décennies, l'évolution technologique rapide dans les domaines de l'électronique et de l'automatisation ainsi que l'application de nouvelles techniques de traitement des malades ont entraîné une augmentation très considérable du nombre des installations et des services consacrés aux soins intensifs et spécialisés dans les hôpitaux. Ces changements ont créé une demande d'installations matérielles, d'appareils spécialisés et de main-d'oeuvre sanitaire hautement qualifiée. De plus, les professionnels des soins de santé insistent de plus en plus sur la nécessité d'un continuum de soins, allant de la prévention des maladies jusqu'à la mise en place de services de soins pour malades chroniques dans la collectivité, et incluant même les soins dispensés en établissement. Aussi doit-on prendre des mesures afin de s'assurer que tous ces services s'enchaînent bien les uns aux autres, et veiller à continuellement mettre à la disposition des personnes chargées de planifier, d'organiser et de mettre en place les programmes et services en établissement des guides qui leur permettent de bien s'acquitter de leurs fonctions.

Mandat

En 1972, les autorités compétentes en matière de santé au Canada ont jugé qu'une orientation devait être donnée aux décideurs dans ce domaine. Aussi le Comité consultatif fédéral-provincial de l'Assurance-hospitalisation a-t-il confié au Groupe de travail sur les services spéciaux dans les hôpitaux le soin de créer des guides relatifs aux normes devant régir un certain nombre d'installations et de services de soins spéciaux.

Le Groupe de travail a élaboré des guides pour 14 unités et services. Ces derniers ont été publiées en 1975 sous le titre de "Guides des soins spéciaux dans les hôpitaux". Ce document a fait l'objet d'une large diffusion auprès des administrations sanitaires et hospitalières des provinces ainsi que des organismes de santé, tant à l'échelon national qu'international, et beaucoup l'ont adopté comme guide.

L'évolution constante des techniques médicales et l'apparition de nouvelles techniques, ainsi que les changements intervenus dans le mode de prestation des soins, ont exigé une remise à jour des guides de 1975 et l'élaboration d'un certain nombre de guides applicables à d'autres secteurs. En mai 1982, le Comité consultatif fédéral-provincial des services en établissement et des service médicaux a accordé au Groupe de travail un statut permanent de sous-comité. Le Groupe de travail est alors devenu, dans un premier temps, le Sous-comité des services spéciaux dans les hôpitaux, après quoi, la portée de son travail ne cessant d'augmenter, il a été rebaptisé en 1985 Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes institutionnels. Vous trouverez, en annexe, une liste complète des guides déjà publiées par le Sous-comité, ou en voie de préparation.

Méthodologie

Les guides publiés en 1975 ont été élaborés à partir d'un ensemble d'informations, de connaissances, d'expériences et d'avis d'experts, le tout émanant d'organismes et de spécialistes canadiens. Les auteurs se sont inspirés, autant que possible, de directives élaborées au Canada ou provenant de sources autorisées d'autres pays. De façon générale, les gouvernements, les administrateurs d'hôpitaux et les spécialistes de la santé se sont montrés favorables à cette approche.

Les présents guides ont été préparés suivant la même méthode. Les auteurs ont non seulement compté sur l'apport des instances provinciales,

mais ont aussi recueilli les avis informés de spécialistes de la santé, par le truchement de représentants officiels d'organismes nationaux spécialisés dans le domaine de la santé et représentant les différents secteurs d'activité qu'on retrouve au sein de chaque service. Il ne fait pas de doute que des centaines de spécialistes de toutes les régions du pays ont ainsi été à même d'apporter à ces guides le fruit de leur expérience et les guides, en conséquence, reflètent véritablement un consensus canadien.

Objet proposé des guides

Les guides ne doivent pas être considérés comme des normes rigides. Leur application peut varier d'une province à l'autre au Canada, chacune ayant la prérogative de les accepter, de les modifier ou de les rejeter selon ses priorités.

Ces lignes directrices serviront à définir les besoins d'un certain nombre d'installations et de services qu'on trouve en établissement, mais non à régir la pratique clinique.

Ces guides permettront aux décideurs de peser le pour et le contre des unités/services/programmes projetés, puisqu'ils les aideront à déterminer dans quelle mesure ces unités/services/programmes sont nécessaires et à évaluer leur impact potentiel total sur les services existants et projetés, tant sur le plan tant local que régional. Il peut arriver qu'on décèle des lacunes dans les services en place et qu'on puisse les corriger sans créer une nouvelle unité, un nouveau service ou un nouveau programme.

Dans le cas des établissements déjà dotés d'une unité/d'un service ou d'un programne, le guide aidera les responsables à déceler les problèmes relatifs à l'administration, au personnel, à l'appareillage et aux installations matérielles. Il aidera également à déterminer les mesures correctives requises et leur ordre de priorité, en fonction des besoins cliniques, des contraintes d'ordre financier et des effets d'une

déficience des installations matérielles sur le fonctionnement normal de l'unité/service/programme.

Révisions à venir

Étant donné les changements rapides qui ont cours dans le domaine de la santé, les guides devront être révisés régulièrement. C'est le Sous-comité qui assumera cette responsabilité.

Remerciements

Le Sous-comité présente ses remerciements les plus sincères aux professionnels de la santé du Canada qui l'ont assisté dans sa tâche. Il souligne avec gratitude l'énorme travail qu'ils ont accompli pour lui et le temps considérable qu'ils ont dû consacrer à cette tâche. Enfin, il remercie tous les autres intervenants qui l'ont secondé dans ses efforts en lui fournissant conseils et informations.

LISTE DES PARTICIPANTS

Le Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes institutionnels, chargé d'établir les directives nouvelles et les mises à jour contenues dans le présent ouvrage, était composé des personnes suivantes :

M. Donald F. Moffatt, président
Directeur
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
OTTAWA (Ontario)

M. William M. Alwood
Sous-ministre adjoint
Division des services assurés
Ministère de la Santé
FREDERICTON (Nouveau-Brunswick)

M. Derek J. Beckley
Directeur
Direction de la planification des programmes
Services hospitaliers
Commission des Services hospitaliers de l'Alberta
EDMONTON (Alberta)

M^me^ Primrose Bishop
Conseillère en soins infirmiers
Division des services hospitaliers
Ministère de la Santé
ST. JOHN'S (Terre-Neuve)

D^r^ Gordon A. Judge
Vice-président
Services professionnels
Hôpital Toronto Western
TORONTO (Ontario)

M^me^ Phyllis MacDonald
Préposée aux normes
Division des établissements urbains
de santé
Commission des services de santé
du Manitoba
WINNIPEG (Manitoba)

D^r^ Jules Martin
Directeur
Services professionnels
Centre hospitalier régional De Lanaudière
JOLIETTE (Québec)

M. David L. Martin
Expert-conseil en administration de la santé
Division des services en établissement et des
services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
OTTAWA (Ontario)

M. André Nolet
Expert-conseil en administration de la santé
Division des sérvices en établissement et des
services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
OTTAWA (Ontario)

D^r^ Robert Seaver
Conseiller médical principal
Division institutionnelle
Direction de l'exploitation des établissements
de soins
Ministère de la Santé
TORONTO (Ontario)

Mme Janet Stow
Gestionnaire de projets
Division des services en établissement et des
services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de
la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
OTTAWA (Ontario)

RÉVISION DE 1986

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE PROGRAMME DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION

Le groupe de travail sur le programme de médecine physique et de réadaptation chargé de réviser les directives élaborées en 1979 était composé des personnes suivantes :

M^me^ Christie Benchley
Représentante de l'Association canadienne
des ergothérapeutes
Hôpital Lyndhurst
TORONTO (Ontario)

D^r^ Peter Cameron
Secrétaire-trésorier de l'Association canadienne
de médecine physique et de réadaptation
LONDON (Ontario)

D^r^ Eric Dehoux
Physiatre
Centre régional de réadaptation Royal d'Ottawa
Hôpital Royal d'Ottawa
OTTAWA (Ontario)

M^me^ Elaine Macleod
Gestionnaire
Services de réadaptation
Direction des programmes spéciaux
Commission des services hopitaliers de l'Alberta
EDMONTON (Alberta)

M. David L. Martin
Expert-conseil en Administration de la santé
Division des services en établissement et des
services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de
la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
OTTAWA (Ontario)

M. André H. Nolet
Expert-conseil en Administration de la santé
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-etre social Canada
OTTAWA (Ontario)

Mme Marguerite Pascal
Directrice
Direction des soins infirmiers de réadaptation
Centre régional de réadaptation Royal d'Ottawa
Hôpital Royal d'Ottawa
OTTAWA (Ontario)

M^me^ Barbara Purves
Représentante de l'Association canadienne d'orthophonie et d'audiologie
Centre de la science santé
Université de la Colombie-Britannique
VANCOUVER (Colombie-Britannique)

M^me^ Gwenn Roberts
Directrice générale
(pratique clinique)
Représentante de l'Association canadienne de physiothérapie
TORONTO (Ontario)

PROGRAMME DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION

PRÉAMBULE

Définition

L'Organisation mondiale de la Santé définit la réadaptation de la manière suivante :

> L'utilisation de mesures d'ordre médical, social, éducatif et professionnel combinées et coordonnées pour amener ou ramener la personne "incapacitée" à un niveau de fonctionnement optimal.

Approche philosophique

La réadaptation se fonde sur une approche philosophique qui nécessite la compréhension des concepts de base suivants :

- **DÉFICIENCE**

Toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique.

- **INCAPACITÉ**

Toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

- **HANDICAP**

Un désavantage social pour un individu donné résultant d'une déficience ou d'une incapacité, et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels).

Objectifs

Les objectifs globaux de la réadaptation sont les suivants :

- prévenir ou réduire le plus possible une incapacité engendrée par la maladie, une blessure ou un trouble congénital;

- accroître le degré de fonctionnement, le rendement et l'aptitude à communiquer de la personne incapacitée; et

- promouvoir un degré optimal d'adaptation sur les plans social et professionnel.

C'est une équipe interdisciplinaire bien intégrée qui est le mieux en mesure d'atteindre les objectifs de la réadaptation. Une telle équipe comprendrait divers professionnels de la santé, le malade et sa famille, qui travailleraient ensemble à fixer et à atteindre les buts particuliers et globaux de l'équipe.

PRESTATIONS DES SERVICES DE RÉADAPTATION

Les services de réadaptation peuvent être offerts au sein de plusieurs modèles organisationnels qui représentent un continuum de soins, de la détermination du problème à la satisfaction des besoins du malade. Une intégration aux services d'appoint communautaires bien réalisée, peut-être nécessaire. Dans certains cas, d'autres directives comme celles portant sur le traitement des lésions de la moelle épinière et des accidents cérébro-vasculaires devraient être consultées. Pour les besoins du présent document, cependant, nous allons offrir des directives pour un programme élémentaire et général de réadaptation.

PROGRAMME ÉLÉMENTAIRE ET GÉNÉRAL DE RÉADAPTATION

Les programmes généraux de réadaptation sont conçus pour offrir des services thérapeutiques

interdisciplinaires aux personnes dont les besoins sont vastes mais qui n'ont pas besoin de recevoir des soins spécialisés.

Un programme peut s'adresser à plusieurs types d'incapacités. Habituellement, l'équipe n'est pas aussi complète que dans le cas d'un programme spécialisé de réadaptation. Cependant, pour faciliter la tâche de l'équipe interdisciplinaire, il faut réserver des lits (habituellement dans un hôpital spécialisé en réadaptation ou dans un hôpital général) pour la réadaptation.

Les malades traités dans le cadre d'un programme général de réadaptation sont, par exemple, ceux qui souffrent de troubles neurologiques ou musculossquelettiques, de blessures multiples, d'arthrite, etc.

Ce programme devrait offrir des services thérapeutiques aux malades hospitalisés et aux malades externes, ainsi que des services de suivi organisés en collaboration avec des services communautaires.

PROGRAMMES SPÉCIALISÉS DE RÉADAPTATION

Les programmes spécialisés de réadaptation sont conçus pour offrir des soins complets aux personnes grièvement blessées, atteintes d'une maladie grave ou présentant des malformations congénitales importantes. Les problèmes rencontrés dans ces cas-là doivent habituellement être confiés à une équipe interdisciplinaire complète ou à un service qui ne peut pas être inclus dans un programme général de réadaptation. Le programme spécialisé devrait offrir des services thérapeutiques aux malades hospitalisés et aux malades externes. Des services de suivi et la liaison avec les services communautaires sont essentiels. Un programme spécialisé de réadaptation est, par exemple, un programme qui s'adresse aux blessés de la moelle épinière, aux personnes qui ont subi un accident cérébro-vasculaire, aux victimes de la

paralysie cérébrale et aux amputés. Le programme spécialisé peut être offert dans un centre de réadaptation ou dans un hôpital général.

SERVICES DE RÉADAPTATION D'UN HÔPITAL COMMUNAUTAIRE

Les services de réadaptation d'un hôpital communautaire sont conçus pour répondre aux besoins des malades dont l'incapacité n'est pas suffisante pour qu'on les transfère dans un établissement offrant un programne général ou spécialisé de réadaptation. Ces services de réadaptation peuvent ne pas nécessiter le besoin d'un directeur médical désigné, ni même la désignation de lits de réadaptation, mais ils devront tout de même être dirigés par un directeur de programme, qui assurera tout au moins la coordination d'un continuum de soins aux patients.

Le personnel de tels services de réadaptation comprendra des infirmières, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des orthophonistes. Pour répondre aux besoins de la collectivité, des services de réadaptation devraient également être offerts aux malades externes.

SERVICES DE RÉADAPTATION ET ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Tous les pensionnaires d'un établissement de soins de longue durée devraient avoir accès à des services de réadaptation. Il serait très souhaitable que des services de réadaptation adéquats soient offerts à l'intérieur de l'établissement.

SERVICES COMMUNAUTAIRES

Comme l'un des buts de la réadaptation est une réinsertion sociale réussie, de bons services auxiliaires de réadaptation offerts dans la collectivité sont essentiels.

PROGRAMME ÉLÉMENTAIRE ET GÉNÉRAL DE RÉADAPTATION

(À l'intérieur d'un hôpital général ou hôpital de réadaptation)

NORMES

1. NOMBRE DE MALADES

On pourrait envisager la mise sur pied d'un programme général de réadaptation lorsqu'il peut être établi que sa composante pour malades hospitalisés donnerait leur congé à au moins 100 malades par année.

2. LITS REQUIS

Le nombre minimum de lits pour une unité de soins infirmiers de réadaptation pour malades hospitalisés qui soit efficace, indépendante et viable est de 30. Si le nombre de lits nécessaires était significativement inférieur à celui-ci, ceux-ci devraient être rattachés administrativement à une autre unité de soins infirmiers. Afin d'assurer le nombre de lits optimal, ceux-ci pourraient être combinés à d'autres lits spécialisés de réadaptation.

3. RÉPARTITION CONSEILLÉE DES UNITÉS DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION [1]

On devrait prévoir 0,15 lit de réadaptation générale pour 1000 habitants (en supposant que la collectivité

---

[1] Pour les programnes spécialisés de réadaptation, nous vous renvoyons aux guides appropriés tels que pour les malades victimes d'une lésion de la moelle épinière ou d'un accident vasculaire cérébral. Ces programmes peuvent se situer dans diverses catégories d'hôpitaux, y compris un centre régional de réadaptation. En règle générale, les régions comptant de un million à un million et demi d'habitants devront être pourvues d'un centre de réadaptation et celui-ci devrait offrir des services de consultation et d'éducation aux autres fournisseurs de services de la région.

dispose de logements et de moyens de transport destinés aux personnes incapacitées).

4. POLITIQUES, PROCÉDURES ET CONTRÔLE ADMINISTRATIFS[2]

4.1 Organisation du programme

Le programme régional de réadaptation devrait être conçu de manière à ce que les malades commencent à être soignés le plus tôt possible et soient ensuite traités au service des consultations externes, dans un hôpital de jour ou à domicile. Une structure chargée de coordonner ces soins continus devrait être mise en place.

On devrait utiliser une approche interdisciplinaire et systématique pour gérer les soins, ainsi que des lignes directrices et des méthodes élaborées avec l'aide de tous les spécialistes intéressés et exposées par écrit. Les lignes directrices et les méthodes devraient favoriser un continuum de soins plutôt que des éléments distincts pour assurer une gestion efficace des soins.

Ces lignes directrices et méthodes devraient porter sur les points suivants :

- les critères d'admission et de libération;
- l'établissement de buts, exposé par écrit, pour chaque malade;
- l'évaluation périodique de tous les malades par l'équipe interdisciplinaire et l'établissement de plans de traitement, de libération et de continuation des soins;
- la prestation de services de consultation et d'orientation adéquats;

---

[2] Voir aussi annexe A, p. 13

- la prestation de services jusque dans la collectivité, y compris les soins aux malades externes, les soins de jour et les soins à domicile, et communication d'information aux personnes qui fournissent des soins (cela comprend les services de consultation offerts à d'autres services thérapeuthiques de la région);

- les objectifs à moyen et à long terme du programme;

- des plans de vérification de la qualité et d'évaluation du programme;

- la recherche et la prévention; et

- les rôles, fonctions et rapports des membres de l'équipe interdisciplinaire, ainsi que de la mesure dans laquelle chacun peut, de son propre chef, prendre une mesure quelconque, évaluer les progrès du malade et modifier le traitement. Afin d'assurer la continuité des soins et l'uniformité de l'approche, une certaine souplesse au niveau des rôles du personnel est essentielle.

5. CONSTITUTION DES EFFECTIFS ET COUVERTURE DES SERVICES

5.1 Directeur médical du programme et personnel médical

L'autorité compétente devrait nommer un directeur médical de programme chargé de diriger les soins aux malades, de coordonner les membres de l'équipe interdisciplinaire, de participer à la formation du personnel, à la recherche et aux activités de prévention et de défendre les objectifs du programme au sein de l'organisme et de la collectivité, conformément aux lignes directrices établies par l'organisme ou l'agence.

Il se peut que certains malades aient besoin de recevoir des soins de spécialistes médicaux; l'équipe interdisciplinaire devrait donc en avoir à sa disposition.

5.2 Autres membres de l'équipe interdisciplinaire

Habituellement, l'équipe comprendra des spécialistes des soins infirmiers, de la physiothérapie, de l'ergothérapie, de l'orthophonie, du service social, de la psychologie et de l'orientation professionnelle, selon les besoins des malades, la philosophie du programme et la nécessité d'un contrôle qualitatif. La composition d'une telle équipe variera, puisque bon nombre des tâches d'éducation et de réadaptation peuvent être accomplies par n'importe quel membre de l'équipe. Les décisions à ce sujet devraient être fondées sur les systèmes de classification des malades, les normes en matière de dotation et les systèmes de mesure de la charge de travail, et devraient tenir compte des besoins des malades hospitalisés, des malades externes et des personnes qui reçoivent des soins à domicile.

6. FORMATION DU PERSONNEL ET QUALIFICATIONS REQUISES

6.1 Directeur médical du programme

Le directeur médical du programme devrait être, de préférence, un spécialiste de la médecine physique et de réadaptation (physiatre). Un médecin généraliste particulièrement intéressé à ce domaine et ayant reçu une formation spéciale dans cette discipline pourrait être nommé directeur médical du programme, à condition qu'un spécialiste de la médecine physique et de la réadaptation puisse être consulté régulièrement.

6.2 Autres membres de l'équipe interdisciplinaire

Le personnel médical et les membres de l'équipe interdisciplinaire devraient posséder les titres requis pour l'exercice de leur profession et être spécialisés dans la résolution de problèmes cliniques complexes.

Une formation spécialisée, de l'expérience et des aptitudes certaines seraient sans contredit des atouts chez les personnes recrutées pour le programme.

6.3 Éducation permanente

Pour que tout le personnel soit compétent et puisse offrir des soins de qualité, on devrait offrir un programme complet d'éducation du personnel comprenant des conférences, des tournées dans l'établissement, des colloques, des cours offerts à l'hôpital, des ateliers, des visites spéciales et des cours pour post-diplômés lorsque c'est possible. On devrait envisager d'organiser un programme itinérant pour les centres qui collaborent, afin de promouvoir l'éducation et, en particulier, d'aider les petits centres.

7. AUTRES RESSOURCES, DÉPARTEMENTS ET SERVICES

Pour ce qui concerne les services suivants, les besoins varieront d'un programme à l'autre. Certains services affecteront peut-être du personnel aux programmes, tandis que d'autres offriront des services de consultation à partir de l'établissement ou de la collectivité.

Audiologie
Génie biomédical
Service de pastorale
Médecine dentaire
Visualisation diagnostique
Service diététique
Éducation des conducteurs d'automobiles
Services d'éducation et d'orientation professionnelle
Service de soins à domicile
Services d'orthèses, de prothèses et d'appareils spéciaux
Service de transport des malades externes gravement handicapés
Pharmacie
Podologie

Infirmières hygiénistes
Ludothérapie
Technique de la réadaptation
Services bénévoles (bibliothèque pour les malades, escortes, etc.)

8. RÉPARTITION ET UTILISATION DE L'ESPACE-CARACTÉRISTIQUES SPÉCIALES DU PLAN D'AMÉNAGEMENT[3]

8.1 Conception de l'unité des soins infirmiers

Durant la période de réadaptation, les malades auront besoin de suffisamment d'espace pour pouvoir circuler en fauteuil roulant et utiliser d'autre matériel spécialisé, de même que d'installations auxiliaires spéciales telles que des salles de classe, une salle de détente et d'autres aires polyvalentes. La façon dont l'unité est conçue devrait faciliter et promouvoir l'autonomie chez le malade. Il faudrait donc veiller à rendre facilement accessibles aux malades toutes les aires qui leur sont destinées, y compris les salles à manger, les salles de détente, les aires de traitement et les salles de bain, ainsi qu'à donner aux malades l'intimité dont ils ont besoin. Lorsque l'établissement dispose de l'espace nécessaire, on pourrait envisager de mettre une suite à la disposition des malades pour qu'ils fassent l'expérience de la vie en autonomie.

8.2 Composantes

Les composantes des installations requises pour le programme comprennent ce qui suit :

---

[3] Pour obtenir plus d'informations sur les plans et l'aménagement de l'espace ainsi que des définitions des superficies nettes et brutes, le lecteur peut consulter d'autres sources, notamment : Méthodologies d'utilisation de l'espace, Division de la planification des établissements le santé, Direction des ressources en santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, 1984.

- pour la récréation, la détente et les repas, salle de conférence, aires réservées aux activités de la vie quotidienne (y compris cuisine des malades), salle de musique et de télévision, aire(s) réservée(s) aux activités des malades où leur permettant de s'exercer;

- cabinets de toilette spéciaux, salles de bain spéciales et autres commodités munies des dispositifs nécessaires aux personnes handicapées;

- espace de rangement pour le matériel et les fournitures utilisés par les thérapeutes de l'unité des soins infirmiers, les fauteuils roulants et d'autre matériel.

8.3 Espace requis

Les dimensions des diverses aires de thérapie requises sont fonction du nombre et du type des malades hospitalisés et des malades externes qui utilisent les services, ainsi que des programmes offerts. Par exemple, un gymnase pour activités sportives en fauteuil roulant ou une piscine pour hydrothérapie pourrait être nécessaire. Un appartement pour les personnes qui doivent apprendre à mener une vie autonome pourrait être indiqué par le programme.

8.4 Caractéristiques spéciales du plan d'aménagement

L'espace doit être aménagé de façon à ce que les installations soient accessibles aux malades en fauteuil roulant ou qui utilisent un autre appareil pour les aider à se déplacer. Les ascenseurs devraient être accessibles et conçus pour des utilisateurs de fauteuil roulant. Des portes électriques devraient être installées là où cela s'impose. Il faudrait envisager de rendre accessibles des aires de thérapie ou de récréation à l'extérieur.

L'unité devrait être bien ventilée, bien éclairée et peinte dans des couleurs vives. L'utilisation d'un

système de panneaux indicateurs et de codage couleur devrait être envisagée, pour que les malades puissent se rendre seuls à divers endroits et en revenir seuls. Les aires de traitement devraient être accessibles aux malades handicapés physiquement.

9. APPAREILLAGE

La liste du matériel requis pour le programme général ou spécialisé de réadaptation reflétera la philosophie de ce dernier, ses objectifs et ceux des membres de l'équipe interdisciplinaire.

Le matériel requis pour que toutes les étapes d'un programme complet de réadaptation se déroulent bien est considérable et coûteux (ce matériel comprend des aides de mobilité, des aides adaptées et des aides techniques, ainsi que des commandes d'éléments de l'environnement). Les besoins particuliers varieront selon le programme.

10. RELATIONS AVEC LES AUTRES SERVICES ET DÉPARTEMENTS

Les services requis par les malades externes devraient être situés à des endroits qui leur conviennent. Lorsque des rampes sont nécessaires, leur pente ne devrait pas dépasser 1:12, pour que les malades puissent bien contrôler leur fauteuil roulant. Les locaux devraient également être accessibles à partir des aires de stationnement.

Pour les départements et services formant le programme de réadaptation, l'utilisation de services auxiliaires partagés devrait être envisagée.

ORGANISATION, POLITIQUES ET PROCÉDURES ADMINISTRATIVES

Les lignes directrices touchant à l'organisation, aux politiques et aux procédures relatives aux unités/services/programmes (ci-après rapportés comme programme(s)) dans les hôpitaux ont été préparées à la suite d'un examen de l'information provinciale, nationale et internationale à ce sujet. Il serait souhaitable que ce schéma serve de guide à l'élaboration de politiques plus complètes et détaillées, de façon à assurer les meilleurs soins possibles aux malades de ces programmes.

I. RÔLE ET OBJECTIFS

- Rôle et objectifs des programmes dans les hôpitaux

- Catégorie de malades soignés

  - selon le diagnostic ou l'état du malade
  - restriction dans les services aux malades s'il y a lieu (par exemple, malades en phase terminale)

- Services offerts dans le cadre du programme

II. ORGANISATION DU PROGRAMME

- Responsabilité du conseil d'administration

- Relations entre le programme, le directeur général et le personnel médical

- Gestion du programme

(i) Responsabilités du personnel

  - Directeur médical
  - Médecins
  - Personnel médical donnant des soins directs aux malades

- Autres membres du personnel (administratif, technique et autre)

(ii) Comités

- Membres (selon la discipline à laquelle ils appartiennent et leur nombre)
- Mandat à définir
- Communication, à titre consultatif, avec des membres du personnel hospitalier et médical
- Calendrier des réunions régulières et spéciales

III. POLITIQUES DE GESTION

1. Généralités

- Responsabilité de l'admission des malades (détermination des personnes ayant le pouvoir d'admettre les malades)

- Critères d'admission prioritaires :

  - état du malade
  - diagnostic

- Congés accordés aux malades : lignes de conduite et planification

- Médicaments et méthodes (nouveaux) : mode d'autorisation

- Ordonnances de routine dans les cas d'admissions d'urgence

- Délégation d'autorité et de responsabilité au personnel (médecins, infirmières ou autres) en cas d'urgence

- Code d'éthique

- Prise en charge des situations d'urgence, avec réanimation cardio-pulmonaire au besoin

- Contrôle des infections et isolement des malades

- Durée du séjour selon le diagnostic

- Ordonnances médicales

- Soins palliatifs, détermination du décès, autorisation des autopsies, manipulation des dépouilles

- Orientation, consultations (obligatoires et autres), transfert, suivi

- Recherche/investigation clinique

- Ordonnance de routine à l'admission

- Surveillance de l'utilisation

2. Personnel

- Critères pour l'octroi de privilèges médicaux ou cliniques

- Délimitation des rôles respectifs des étudiants et des superviseurs en ce qui a trait aux responsabilités, aux pouvoirs et aux obligations des uns et des autres

- Services assurés par le personnel médical et les autres membres du personnel

- Orientation et éducation permanente

- Évaluation du rendement

- Descriptions de postes

- Critères de sélection : scolarité, expérience, intérêts

- Bénévoles

3. **Malades**

- Caractère confidentiel des renseignements
- Consentement à recevoir des traitements
- Participation de la famille
- Éducation des malades et des familles
- Identification des malades
- Droits des malades
- Effets, biens et valeurs des malades
- Privilèges de visite

4. **Sécurité**

- Entretien des appareils et sécurité
- Plans en cas d'incendie ou de désastre et procédures d'isolement connexes
- Procédures de recherche des malades qui manquent à l'appel et détermination des risques
- Signalement des accidents et incidents
- Sécurité et prévention des accidents
- Utilisation d'entraves

5. **Assurance de la qualité**

- Vérifications : soins médicaux et infirmiers, analyse actuelle et rétrospective
- Évaluation sur une base continue de l'efficacité des services
- Évaluation du rendement des employés

- Rapports sur les incidents
- Contrôle des infections
- Examen de la morbidité/mortalité
- Révision des soins aux malades
- Évaluation de l'état des malades au moment de leur admission et à leur sortie
- Examen par les pairs
- Normes régissant les pratiques
- Utilisation et évaluation des produits et des appareils

IV. PROCÉDURES

1. Techniques électives de soins (médicales, infirmières et autres)
2. Techniques et procédures en cas d'alerte
3. Méthodes de tenue des dossiers médicaux et de compilation des données statistiques
4. Manuels de politiques et de procédures

ANNEXE B

LISTE DES GUIDES RÉGISSANT LES UNITÉS/ SERVICES/PROGRAMMES DANS LES HÔPITAUX

Les guides suivants ont été établis sous l'égide du Sous-comité fédéral-provincial sur les guides relatifs aux programmes institutionnels, à la demande du Comité consultatif fédéral-provincial des services en établissement et des services médicaux, à Ottawa. Quelques-uns de ces guides sont des versions mises à jour des normes déjà publiées par le Sous-comité.

Établissements de soins prolongés pour adultes
Hôtellerie pour malades
Imagerie du sein : mammographie
Imagerie par résonance magnétique
Laboratoire de la foncton respiratoire
La réutilisation des articles jetables : Document de travail
Programme de médecine physique et de réadaptation
Programme de traitement des accidents cérébro-vasculaires
Programme de traitement des lésions de la moelle épinière
Programme de traitement des néphropathies au stade terminal
Services cardio-vasculaires dans les hôpitaux
Services de soins palliatifs dans les hôpitaux
Services de toxicomanie dans les hôpitaux
Service d'inhalothérapie
Services d'urgence préhospitaliers
Services et systèmes de visualisation diagnostique : Vue d'ensemble
Services prolongés pour enfants et adolescents
Soins pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux
Soins psychiatriques aux adultes dispensés par les hôpitaux généraux
Soins psychiatriques pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux
Unité de chirurgie de jour
Unité d'écodiagnostic dans les hôpitaux
Unité de gériatrie dans les hôpitaux - hôpitaux de jour pour personnes âgées

Unité de médecine de jour dans les hôpitaux
Unité de médecine nucléaire
Unité de soins aux brûlés
Unité de soins dentaires en milieu hospitalier
Unité de soins de jour pour diabétiques
Unité de soins intensifs (réanimation)
Unité de soins intensifs périnataux dans un réseau de soins périnataux
Unité de tomodensitométrie
Unité d'urgence dans les hôpitaux